Rapport 2014

Banque de Données Médico-Sociales

ANNEXES

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

ONE OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

DIRECTIVES POUR LA TENUE DE LA FICHE «AVIS DE NAISSANCE»

1. La feuille blanche est adressée aux parents.
2. La feuille rose est adressée au TMS du lieu de résidence des parents (soit directement, soit via le comité).
3. La feuille jaune (confidentielle) est adressée à la Banque de Données (comité ONE de votre subrégion).
4. La feuille verte reste à votre disposition dans le carnet.

■Numéro d'identification Maternité :

□□ □□ □□ ■ □□ □□ □□ ■ 3 5 □□□□□□□ ■ □□□□ ■ □[1] □[2]

Date de naissance mère | Date de naissance enfant | Numéro de maternité | Poids naissance enfant (G)

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement
2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

Il est important que l'identifiant soit clairement lisible et ne change pas d'un document à l'autre pour un même enfant. Pour créer un identifiant (pour un enfant pour lequel il n'y a pas eu d'avis de naissance), prière de se référer au mode d'emploi spécifique «identifiant»

■ **Toutes les rubriques doivent être remplies ou entourées.**

■ **Partie A :** ces données ne seront pas encodées dans la Banque de Données (sauf pour Bruxelles). Les informations suivantes seront donc anonymes.

■ **Suivi à domicile prévu par accoucheuse :** ici nous faisons référence à un suivi par une accoucheuse qui ne travaille pas pour l'ONE.

■ **Définition de la Gestité :** La gestité se définit comme le nombre de grossesses qu'a porté une femme donc, une primigeste est une femme qui porte sa première grossesse ; c'est-à-dire que c'est une femme qui est enceinte pour la première fois.

■ **Définition de la Parité :** la parité désigne le nombre d'accouchements viables (à partir de 22 semaines de grossesse) qu'a eu une femme. Une nullipare est une femme qui n'a pas encore accouché. Une primipare est une femme qui a déjà accouché une fois. Une femme qui accouche de jumeaux ne compte que pour une parité.

■ **VAD = Visite à domicile :**
1 = visite attendue
2 = visite attendue et prioritaire (→ contact rapide et obligatoire avec collègue de secteur)
3 = la famille souhaite un suivi par Kind en Gezin
4 = la famille n'est pas encore décidée
5 = refus → Un courrier sera envoyé par le TMS du secteur
9 = pas de contact en maternité

La case VAD doit toujours contenir un chiffre.

■ **Surveillance prénatale :** la catégorie "Autre(s)" concerne les généralistes, gynécologues, accoucheuses, ... non ONE.

■ **N° d'accouchement :** c'est le n° indiqué sur le cahier de la maternité. Il est utile pour votre gestion interne.

■ **Codes à respecter pour l'Etat civil (EC1) et la situation relationnelle (EC2) :**

EC1	EC2
1 = mariée	1 = en couple
2 = célibataire	2 = en famille
3 = séparée	3 = isolée
4 = veuve	4 = maison d'accueil
5 = divorcée	

AVIS DE NAISSANCE

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365).

Numéro d'identification **Maternité :** .....

☐☐ ☐☐ ☐☐ ■ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ■ 3 5 ☐☐☐☐☐☐☐ ■ ☐☐☐☐ ■ ☐[1] ☐[2]

Date de naissance mère | Date de naissance enfant | Numéro de maternité | Poids naissance enfant (G)

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement 2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

A.

L'enfant (NOM, PRENOM) * : .....

Mère (NOM, PRENOM) * : .....

Père (NOM, PRENOM) * : .....

Domicile pour la visite : Rue : ..... N° : .....

*Inscrire les noms en IMPRIME SVP C. postal : ..... Localité : .....

Téléphone contact parents: .....

B.

Commune de résidence effective : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ inconnu Nombre d'enfants nés lors de cet accouchement : ..... ☐

Type d'alimentation ce jour : (1= artif., 2= abandon de l'allaitement maternel, 3= mixte, 4= maternel, 9= inc.) ..... ☐

Les parents ont-ils l'intention de faire suivre l'enfant à l'ONE : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu ☐ Autre type de suivi prévu

Si oui, ONE de : .....

Y-a-t'il un suivi à domicile prévu par accoucheuse : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu ☐ VAD

Gestité (Nbre grossesses): ..... Parité (Nbre accouchements viables) : .....

Durée de gestation : .....sem. Périmètre crânien : ..... cm Taille à la naissance : ..... cm.

Nationalité d'origine de la mère : .....

La mère comprend le français ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Si non, langue parlée : .....

Devenir probable: ☐ 1 = Sortie prévue avec sa mère le .....

☐ 2 = Reste en observation jusqu'au .....

☐ 3 = Transfert à ..... le .....

☐ 5 = Mort-né ☐ 6 = Décès périnatal le .....

C.

Surveillance prénatale : (1= ONE seul / 2= ONE+Autre(s) / 3= Autre(s) sans ONE / 7= non suivie / 9= inconnu)

Si CPN ONE * : ☐☐ 3☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ N° de référ. * ☐☐☐☐

Année Numéro CPN

Poids de la mère avant la grossesse ☐☐☐ kg ☐☐☐ g

Poids de la mère au moment de l'accouchement ☐☐ kg ☐☐☐ g

Présentation : (1= sommet /2= siège /3= transverse /9= inc.) ☐

Expulsion : (1= spont. /2= ventouse /3= forceps /4= césar. /5= man. sur siège /9= inc.) ☐

Induction : (1= pas d'induct. /2= induction /3= césar. progr. /9= inc.) ☐

Analgésie : (1= aucune /2= péridurale /3= narcose /4= autre /9= inc.) ☐

Score d'Apgar à : 1 minute ☐☐ 5 minutes ☐☐

Mise au sein : (1= néant / 2= immédiate - précoce (dans les 2h après accouchement) / 4= tardive / 9= inc.) ☐

Tabagisme de la mère : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Si oui, nombre de cigarettes par jour ☐☐

Numéro accouchement * ☐☐☐☐ Etat civil : ☐☐ : situation relationnelle

* A reprendre sur le carnet de la mère EC1 EC2

Cachet TMS (à reproduire sur la copie) Date :

Téléphone TMS : Signature :

Avis de naissance envoyé à (facultatif) .....

IMPCA0000 - 09/14 - version 2015

DIRECTIVES POUR LA TENUE DES FICHES DE PREMIER CONTACT

- **L'ORIGINAL** est adressé au Comité Subrégional de l'ONE dans les 10 jours du premier contact effectif.

  L'autre exemplaire reste dans le carnet.

  N.B. A défaut de contact effectif, renvoyer la fiche au Comité dans les deux mois à dater de la connaissance de la naissance.

- **Mode d'emploi :** toutes les rubriques doivent être remplies ou cochées.

- **Le numéro d'identification** doit être précis, complet et clairement lisible.
  Il ne peut pas changer d'un document à l'autre pour un même enfant.
  Pour créer un N° d'identification (pour un enfant pour lequel il n'y a pas eu d'avis de naissance), prière de se référer au mode d'emploi spécifique « N° d'identification ».

- **Si vous ne connaissez pas le code de maternité,** veuillez en indiquer le nom et le lieu au dessus du code.

- **Pour l'item « uniquement contact téléphonique » :** cocher uniquement lorsque vous n'avez réalisé aucun autre suivi ONE pour cet enfant.
  Attention, si vous téléphonez pour une prise de rendez-vous, cela n'est pas considéré comme un contact téléphonique.

- **Pour les visites infructueuses,** indiquer le nombre de 0 à 8. Si plus de 8 visites infructueuses, indiquer malgré tout 8. 9 signifie « nombre inconnu ».

- **Rubriques Allaitement et Accompagnement :** nous vous rappelons que lorsque vous n'avez pas de contact avec la maman, vous ne pouvez pas avoir d'information sur l'allaitement lors du 1er contact et sur l'accompagnement qui sera prévu. Vous devez donc cocher les cases « sans objet » de ces deux rubriques.

- **Dépistage de la surdité en maternité par oto-émissions acoustiques (=OEA) :**
  - → Si le dépistage a été fait, les résultats doivent se trouver dans le carnet de l'enfant page 7.
  - → Un bilan auditif chez un spécialiste ORL doit être prévu dans 2 cas :
    - →→ Si le dépistage est anormal (REFER) en maternité
    - →→ Si l'enfant présente un facteur de risque de surdité congénitale

  Dans ces circonstances, si le bilan auditif est prévu, le noter (sinon, conseiller aux parents de le prévoir).

  N.B. Si le dépistage auditif n'a pas été fait en maternité, conseiller aux parents de recontacter la maternité pour effectuer le dépistage.

- **Remarque :** pour la rubrique « IDENTITE DU TMS », employer votre cachet.

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée.
(numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365).

PREMIER CONTACT

(après retour à domicile du nouveau-né)

Numéro d'identification

☐☐ ☐☐ ☐☐ *Date de naissance mère*

☐☐ ☐☐ ☐☐ *Date de naissance enfant*

3 5 ☐☐☐☐☐☐☐ *Numéro de maternité*

☐☐☐☐ ☐[1] ☐[2] *Poids naissance enfant (G)*

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement 2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

---

Commune de résidence effective de l'enfant (avant fusion):.....

J'en ai eu connaissance le ☐☐☐☐20☐☐ par ☐Avis de naissance (1)

☐Adm. Communale (2) ☐Comité Subr. ONE (3) ☐La famille elle-même (4)

☐Autre (5) ☐Inconnu (9)

Premier contact

☐☐ ☐☐ ☐☐ *Date du contact effectif*

(Ne cocher que le contact le plus précoce)

☐à domicile ☐en consultation médicale ONE ☐entretien avec TMS au local

☐uniquement contact téléphonique **(pas prise de RDV)** ☐pas de contact

et/ou nombre de visites infructueuses : ☐ (8 ou plus = 8; inconnu = 9)

☐**Décès de l'enfant**

Allaitement lors du 1er contact :

☐maternel (1) - ☐mixte (2) - ☐artificiel (3) - ☐sans objet (4) - ☐inconnu (9)

Dépistage de la surdité en maternité par oto-émissions acoustiques (OEA) :

☐PASS pour les 2 oreilles

☐REFER pour 1 ou 2 oreille(s) → Un bilan auditif chez un ORL est prévu :

☐Non fait → ☐Oui ☐Non - A faire - Conseillé

☐Inconnu ☐Inconnu

Accompagnement ONE prévu

☐oui (1) - ☐non (2) - ☐sans objet (3) - ☐inconnu (9)

Observations : .....

.....

Identité du TMS

Cachet

Directives pour la tenue des bilans de santé à 9 mois

- **Les bilans peuvent être réalisés entre 7 et 11 mois.**
- **Toutes les questions posées concernent l'enfant, la mère, le père ou la famille au jour du bilan.**
- **Le numéro d'identification doit être précis et complet.**
- **Si la réponse propose 2 cases, il faut remplir les 2 cases ex.:** 0 8

Ce document doit être rempli par le médecin et le TMS en collaboration.
Les TMS remplissant les parties plus psycho-sociales et les médecins, les parties plus médicales.

■ **LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION :** il est important que le N° d'identification soit clairement lisible et ne change pas d'un document à l'autre pour un même enfant.
Pour créer un N° d'identification (pour un enfant pour lequel il n'y a pas eu d'avis de naissance), prière de se référer au mode d'emploi spécifique " N° d'identification ".

■ **LA COMMUNE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT :** Si vous ne connaissez pas le code INS = 5 chiffres (à ne pas confondre avec le code postal = 4 chiffres), veuillez écrire la commune de résidence sur les pointillés prévus à cet effet. Lorsque l'enfant réside à l'étranger, écrivez le pays en toute lettre.

■ **RISQUE DE MORT SUBITE INEXPLIQUÉE DU NOURRISSON :** Se référer aux signes d'alarme du Guide de Médecine Préventive.

■ **ALIMENTATION**

- **"L'enfant a reçu ou reçoit du lait maternel"**
  - Si vous répondez « **jamais** », ne pas répondre aux questions sur l'allaitement exclusif et l'allaitement complété. Passez directement à la question sur le lait infantile.
  - Si vous répondez « **oui antérieurement** », veuillez compléter la durée de l'allaitement exclusif et/ou de l'allaitement complété.
  - Si vous répondez « **toujours en cours** », veuillez compléter **uniquement** la durée l'allaitement exclusif.
- **Allaitement exclusif =** l'enfant reçoit uniquement du lait maternel + éventuellement de l'eau et/ou des vitamines.
- **Allaitement complété - mixte =** l'enfant reçoit du lait maternel + un autre aliment solide ou liquide (ex. : jus d'orange, banane, lait en poudre, ...)

■ **VACCINATIONS :** A partir de janvier 2004, le schéma vaccinal pour tous les nouveau-nés recommande d'utiliser l'hexavalent (Di-Te-Per-Polio-Hib-HB). Pour les enfants dont les parents refusent ce schéma vaccinal, il faut cocher "Refus de l'hexavalent ayant conduit à un autre schéma vaccinal".

■ **SITUATION SOCIO-FAMILIALE**

- **"L'enfant vit au quotidien avec"** (Ici, on considère la situation de l'enfant)
  Par quotidien, il faut entendre la majorité du temps (et non la personne qui garde l'enfant la journée).
  - S'il s'agit d'une garde alternée, cocher "l'un et l'autre parent séparément".
  - Si l'enfant vit avec un seul parent (monoparentalité) et qu'il ne s'agit pas d'une garde alternée, cocher "ne voit plus qu'un seul de ses parents".
  - Si l'enfant vit quotidiennement avec un grand-parent/oncle/tante..., cocher "autre".
  - Si l'enfant est retiré de la garde de ses parents en attendant la décision du juge, cocher "pouponnière/home/famille d'accueil".
  - Lorsqu'un enfant vit en famille élargie (ex: parents et grand-parents), il faut privilégier le degré de parenté le plus proche (dans cet exemple, cocher "vit avec ses 2 parents").
- **"Le niveau d'enseignement de la mère" :** A l'exception de la 1ère catégorie (primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé), il s'agit du niveau d'enseignement de la mère le plus élevé achevé avec succès, peu importe si l'enfant vit avec sa mère ou non.
- **"activité principale de la mère"**
- **"La famille vit avec" :** (ici, il faut considérer la situation officielle de travail)
  un revenu de remplacement = une allocation de chômage ou une allocation pour handicapé ou une allocation du CPAS - un revenu d'intégration sociale ou équivalent.

■ **CODE STRUCTURE :** N'oubliez pas de noter le N° de structure (soit avec un cachet soit manuellement) dans le coin inférieur droit à l'endroit prévu à cet effet, ainsi que le matricule TMS/milieu d'accueil et le cachet du médecin.
Lorsqu'il s'agit de SED pur, il faut également compléter le bilan. Le code de structure doit être indiqué : 41

D - IMPBI0000 - 09/14 version 2015

Bilan de santé à 9 mois (entre 7 et 11 mois)

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

Numéro d'identification .....

Date de naissance mère ■ Date de naissance enfant ■ Numéro (ou nom) de maternité ■ Poids naissance enfant ■ 1 2

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement 2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

Date du bilan de santé Date de naissance père

Commune de résidence effective de l'enfant (code INS avant fusion) .....

Sexe de l'enfant ☐ masculin ☐ féminin ☐ inconnu

Poids de l'enfant le jour du bilan kg g Taille de l'enfant le jour du bilan cm

Au moins une personne du ménage fume quotidiennement ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Au moins une personne du ménage fume dans l'habitation ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **MSIN**

L'enfant a bénéficié ou bénéficie d'une surveillance par monitoring à domicile ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **ALIMENTATION**

▪ **L'enfant a reçu ou reçoit du lait maternel** ☐ jamais ☐ oui antérieurement ☐ toujours en cours ☐ inconnu

▪ **L'enfant a reçu uniquement du lait maternel, de l'eau et/ou des vitamines** (allaitement exclusif)

☐ jusqu'à semaines de vie ☐ inconnu

▪ **L'enfant a reçu du lait maternel + un lait infantile ou un autre aliment solide (fruits, légumes ...)** (allaitement complété - mixte)

☐ jusqu'à semaines de vie ☐ inconnu

▪ **L'enfant prend du lait infantile** (au jour du bilan) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **ACQUIS PSYCHOMOTEUR** (au moins 2 items dans la partie la plus foncée (voir la rubrique développement psychomoteur du dossier médical), au jour du bilan)

Anomalie(s) constatée(s) (à l'ONE ou hors ONE) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

▪ Si oui, anomalie(s) confirmée(s) (hors ONE) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **NOMBRE DE VACCINATIONS** (Nombre total de doses reçues depuis la naissance) (9 = inconnu)

▪ Di-Te-Pe-Polio-Hib-Hépatite B ▪ Pneumocoque ▪ Rotavirus

▪ Refus de l'hexavalent ayant conduit à un autre shéma vaccinal ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **INTERVENTION ONE**

Nombre de visites à domicile Nombre de consultations en consultation pour enfants ONE

Nombre d'entretiens au local Nombre de consultations en milieu d'accueil

L'enfant fréquente-t-il un milieu d'accueil (à l'âge du bilan) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **SITUATION SOCIO-FAMILIALE** (au jour du bilan)

▪ **L'enfant vit au quotidien avec** ☐ ses deux parents ☐ l'un et l'autre parent séparément ☐ ne voit plus qu'un seul de ses parents ☐ en pouponnnière/home/famille d'accueil ☐ autre : ..... ☐ inconnu

▪ **Le niveau d'enseignement le plus élevé de la mère**

☐ primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé ☐ primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé

☐ secondaire inférieur achevé ☐ secondaire supérieur achevé ☐ supérieur achevé (universitaire ou non) ☐ inconnu

▪ **Activité principale de la mère**

☐ au chômage et/ou au foyer ☐ travaille à temps plein ☐ travaille à temps partiel

☐ en pause carrière/congé/parental ou assimilé à temps plein ☐ étudiant ☐ autre (pré-pensionné, invalidités, incapacités de travail)

☐ inconnu

▪ **La famille vit avec** (la situation officielle)

☐ un revenu professionnel ☐ deux revenus professionnels ☐ un revenu professionnel + un revenu de remplacement

☐ uniquement avec un (ou des) revenu(s) de remplacement ☐ pas de revenu fixe (professionnel ou de remplacement)

☐ autre : ..... ☐ inconnu

▪ **La mère (M)/ le père (P) parle le français** (répondre pour chaque parent) très bien : M☐ P☐ un peu : M☐ P☐ pas du tout : M☐ P☐ inconnu : M☐ P☐

▪ **La mère (M)/ le père (P) est en Belgique depuis** (répondre pour chaque parent) - de 5 ans : M☐ P☐ 5 ans ou plus : M☐ P☐ inconnu : M☐ P☐

■ **Cachet Matricule TMS ou milieu d'accueil**
qui rempli le document

■ **Cachet du Médecin**
(n° inami)

■ **Cachet Structure**
(ou n° de structure)

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365)

IMPBI0000 - 09/14 version 2015

Directives pour la tenue des bilans de santé à 18 mois

- **Les bilans peuvent être réalisés entre 16 et 20 mois.**
- **Toutes les questions posées concernent l'enfant, la mère, le père ou la famille au jour du bilan.**
- **Le numéro d'identification doit être précis et complet.**
- **Si la réponse propose 2 cases, il faut remplir les 2 cases ex.:** ▮0▮ ▮8▮

Ce document doit être rempli par le médecin et le TMS en collaboration.
Les TMS remplissant les parties plus psycho-sociales et les médecins, les parties plus médicales.

■ **LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION :** il est important que le N° d'identification soit clairement lisible et ne change pas d'un document à l'autre pour un même enfant.
Pour créer un N° d'identification (pour un enfant pour lequel il n'y a pas eu d'avis de naissance), prière de se référer au mode d'emploi spécifique " N° d'identification ".

■ **LA COMMUNE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT :** Si vous ne connaissez pas le code INS = 5 chiffres (à ne pas confondre avec le code postal = 4 chiffres), veuillez écrire la commune de résidence sur les pointillés prévus à cet effet. Lorsque l'enfant réside à l'étranger, écrivez le pays en toute lettre.

■ **BUCCO-DENTAIRE :** La polycarie du jeune enfant / carie de la petite enfance, est une forme particulièrement virulente de carie dentaire, qui peut détruire la dentition primaire des bébés et des enfants d'âge préscolaire.
L'appellation "syndrome du biberon sucré" était couramment utilisée pour désigner la carie des dents primaires chez le très jeune enfant, causée par un usage prolongé du biberon au coucher ou pendant la journée.

■ **VACCINATIONS :** Si l'enfant n'a pas reçu de dose, noter "0". Si on ne sait pas combien de doses il a reçu, noter "9".

■ **SITUATION SOCIO-FAMILIALE**

▪ **"L'enfant vit au quotidien avec"** (Ici, on considère la situation de l'enfant)
Par quotidien, il faut entendre la majorité du temps (et non la personne qui garde l'enfant la journée).

- S'il s'agit d'une garde alternée, cocher "l'un et l'autre parent séparément".
- Si l'enfant vit avec un seul parent (monoparentalité) et qu'il ne s'agit pas d'une garde alternée, cocher "ne voit plus qu'un seul de ses parents".
- Si l'enfant vit quotidiennement avec un grand-parent/oncle/tante..., cocher "autre".
- Si l'enfant est retiré de la garde de ses parents en attendant la décision du juge, cocher "pouponnière/home/famille d'accueil".
- Lorsqu'un enfant vit en famille élargie (ex: parents et grand-parents), il faut privilégier le degré de parenté le plus proche (dans cet exemple, cocher "vit avec ses 2 parents").

▪ **"Le niveau d'enseignement de la mère" :** A l'exception de la 1ère catégorie (primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé), il s'agit du niveau d'enseignement de la mère le plus élevé achevé avec succès, peu importe si l'enfant vit avec sa mère ou non.

▪ **"La famille vit avec" :** (ici, il faut considérer la situation officielle de travail)
un revenu de remplacement = une allocation de chômage ou une allocation pour handicapé ou une allocation du CPAS - un revenu d'intégration sociale ou équivalent.

■ **CODE STRUCTURE :** N'oubliez pas de noter le N° de structure (soit avec un cachet soit manuellement) dans le coin inférieur droit à l'endroit prévu à cet effet, ainsi que le matricule TMS/milieu d'accueil et le cachet du médecin.
Lorsqu'il s'agit de SED pur, il faut également compléter le bilan. Le code de structure doit être indiqué : 41

Bilan de santé à 18 mois (entre 16 et 20 mois)

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

Numéro d'identification .....

Date de naissance mère | Date de naissance enfant | Numéro (ou nom) de maternité | Poids naissance enfant | 1 | 2

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement 2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

Date du bilan de santé Date de naissance père

Commune de résidence effective de l'enfant (code INS avant fusion) .....

Sexe de l'enfant ☐ masculin ☐ féminin ☐ inconnu

Poids de l'enfant le jour du bilan kg g Taille de l'enfant le jour du bilan cm

Au moins une personne du ménage fume quotidiennement ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
Au moins une personne du ménage fume dans l'habitation ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **ALIMENTATION** (au jour du bilan)

L'enfant prend du lait modifié artificiellement (au jour du bilan) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
L'enfant est encore allaité (au jour du bilan) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **BUCCO-DENTAIRE**

L'enfant présente des polycaries (voir définition) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
Les parents brossent les dents de l'enfant min 1fois/jour ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **PSYCHOMOTRICITÉ :** L'enfant marche seul ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **LANGAGE**

Nombre de mots que l'enfant peut prononcer dans sa langue maternelle ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6 et + ☐ inconnu

■ **AUTONOMIE**

L'enfant boit seul à la tasse/verre (pas le bec verseur) ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
L'enfant se sert d'une cuillère ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **NOMBRES D'ACCIDENTS DOMESTIQUES DEPUIS LA NAISSANCE** (accidents ayant nécessité une consultation médicale) (9=inconnu)

morsure(s) | chute(s) | brûlure(s) | ingestion toxique | autre

■ **ALLERGIES**

L'enfant a au moins un parent et/ou frère/soeur allergique ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
L'enfant a eu au moins 3 épisodes de bronchiolite depuis sa naissance ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
L'enfant a présenté de l'eczéma atopique ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **NOMBRE DE VACCINATIONS** (Nombre total de doses reçues depuis la naissance) (9 = inconnu)

Di-Te-Pe-Polio-Hib-Hépatite B | Rougeole-rubéole-oreillons | Méningocoque C | Pneumocoque | Autre shéma vaccinal

■ **SITUATION SOCIO-FAMILIALE** (au jour du bilan)

▪ **L'enfant vit au quotidien avec** ☐ ses deux parents ☐ l'un et l'autre parent séparément ☐ ne voit plus qu'un seul de ses parents ☐ en pouponnnière/home/famille d'accueil ☐ autre : ..... ☐ inconnu

▪ **Le niveau d'enseignement le plus élevé de la mère**

☐ primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé ☐ primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé
☐ secondaire inférieur achevé ☐ secondaire supérieur achevé ☐ supérieur achevé (universitaire ou non) ☐ inconnu

▪ **La mère (M)/ le père (P) parle le français** (répondre pour chaque parent) très bien : M ☐ P ☐ un peu : M ☐ P ☐ pas du tout : M ☐ P ☐ inconnu : M ☐ P ☐

▪ **La mère (M)/ le père (P) est en Belgique depuis** (répondre pour chaque parent) - de 5 ans : M ☐ P ☐ 5 ans ou plus : M ☐ P ☐ inconnu : M ☐ P ☐

▪ **L'enfant est élevé à la maison dans une autre langue que le français** ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ **Cachet Matricule TMS ou milieu d'accueil** qui rempli le document

■ **Cachet du Médecin** (n° inami)

■ **Cachet Structure** (ou n° de structure)

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365)

IMPBI0001 - 09/14 version 2015

Directives pour la tenue des bilans de santé à 30 mois

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

- **Les bilans peuvent être réalisés entre 28 et 32 mois.**
- **Toutes les questions posées concernent l'enfant, la mère, le père ou la famille au jour du bilan.**
- **Le numéro d'identification doit être précis et complet.**
- **Si la réponse propose 2 cases, il faut remplir les 2 cases ex.:** ▮0▮ ▮8▮

Ce document doit être rempli par le médecin et le TMS en collaboration.
Les TMS remplissant les parties plus psycho-sociales et les médecins, les parties plus médicales.

■ **LE NUMÉRO D'IDENTIFICATION :** il est important que le N° d'identification soit clairement lisible et ne change pas d'un document à l'autre pour un même enfant.
Pour créer un N° d'identification (pour un enfant pour lequel il n'y a pas eu d'avis de naissance), prière de se référer au mode d'emploi spécifique " N° d'identification ".

■ **LA COMMUNE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT :** Si vous ne connaissez pas le code INS = 5 chiffres (à ne pas confondre avec le code postal = 4 chiffres), veuillez écrire la commune de résidence sur les pointillés prévus à cet effet. Lorsque l'enfant réside à l'étranger, écrivez le pays en toute lettre.

■ **VACCINATIONS :** Si l'enfant n'a pas reçu de dose, noter "0". Si on ne sait pas combien de doses il a reçu, noter "9".

■ **SITUATION SOCIO-FAMILIALE**

- **"L'enfant vit au quotidien avec"** (Ici, on considère la situation de l'enfant)
  Par quotidien, il faut entendre la majorité du temps (et non la personne qui garde l'enfant la journée).
  - S'il s'agit d'une garde alternée, cocher "l'un et l'autre parent séparément".
  - Si l'enfant vit avec un seul parent (monoparentalité) et qu'il ne s'agit pas d'une garde alternée, cocher "ne voit plus qu'un seul de ses parents".
  - Si l'enfant vit quotidiennement avec un grand-parent/oncle/tante..., cocher "autre".
  - Si l'enfant est retiré de la garde de ses parents en attendant la décision du juge, cocher "pouponnière/home/famille d'accueil".
  - Lorsqu'un enfant vit en famille élargie (ex: parents et grand-parents), il faut privilégier le degré de parenté le plus proche (dans cet exemple, cocher "vit avec ses 2 parents").
- **"En cas de séparation" :**
  - Si les parents sont séparés, répondre à la question en précisant à quelle fréquence l'enfant voit-il l'autre parent.
  - Si les parents ne sont pas séparés, cocher "Sans objet".
- **"La famille vit avec" :** (ici, il faut considérer la situation officielle de travail)
  un revenu de remplacement = une allocation de chômage ou une allocation pour handicapé ou une allocation du CPAS - un revenu d'intégration sociale ou équivalent.

■ **CODE STRUCTURE :** N'oubliez pas de noter le N° de structure (soit avec un cachet soit manuellement) dans le coin inférieur droit à l'endroit prévu à cet effet, ainsi que le matricule TMS/milieu d'accueil et le cachet du médecin.
Lorsqu'il s'agit de SED pur, il faut également compléter le bilan. Le code de structure doit être indiqué : 41

Bilan de santé à 30 mois (entre 28 et 32 mois)

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

Numéro d'identification .....

␣␣␣␣␣␣ ■ ␣␣␣␣␣␣ ■ ␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣␣ ■ ␣␣␣␣␣ ■ ␣ 1 ␣ 2

Date de naissance mère | Date de naissance enfant | Numéro (ou nom) de maternité | Poids naissance enfant

1) Nombre d'enfants nés de cet accouchement | 2) L'ordre de sortie de l'enfant lors de cet accouchement

Date du bilan de santé ␣␣ ␣␣ ␣␣ Date de naissance père ␣␣ ␣␣ ␣␣ ␣␣ ␣␣ ␣␣

Commune de résidence effective de l'enfant (code INS avant fusion) ␣␣␣␣␣ .....

Sexe de l'enfant ☐ masculin ☐ féminin ☐ inconnu

Poids de l'enfant le jour du bilan ␣␣ kg ␣␣ ␣ g Taille de l'enfant le jour du bilan ␣␣␣ cm

■ BUCCO-DENTAIRE

Combien de caries dentaires (soignées ou non), l'enfant a-t-il présenté	☐ 0	☐ 1-2	☐ 3 et +	☐ inconnu
L'enfant se brosse les dents minimum 1 fois/jour avec l'aide des parents	☐ oui	☐ non	☐ inconnu	
L'enfant est déjà allé chez le dentiste	☐ oui	☐ rdv pris	☐ non	☐ inconnu

■ DÉVELOPPEMENT PSYCHO-MOTEUR

L'enfant saute à pied joint	☐ oui	☐ non	☐ examen non réalisé
L'enfant imite un trait vertical	☐ oui	☐ non	☐ examen non réalisé
L'enfant imite un cercle	☐ oui	☐ non	☐ examen non réalisé

■ AUDITION ET LANGAGE

Test de la voix chuchotée : l'enfant	☐ entend bien	☐ entend mal	☐ examen non réalisé
L'enfant a ou a eu des drains transtympaniques ?	☐ oui	☐ non	☐ inconnu
L'enfant construit une phrase de 3 mots dans sa langue maternelle (sujet, verbe, complément) ?	☐ oui	☐ non	☐ examen non réalisé
L'enfant peut dire son prénom ?	☐ oui	☐ non	☐ examen non réalisé

■ VISION

L'enfant a bénéficié d'un dépistage ONE	☐ oui	☐ rdv prévu	☐ non	☐ inconnu
Si oui, avis ophtalmologique demandé	☐ oui	☐ non	☐ inconnu	
L'enfant est suivi par un ophtalmologue	☐ oui	☐ rdv pris	☐ non	☐ inconnu

■ NOMBRE DE VACCINATIONS (Nombre total de doses reçues depuis la naissance) (9 = inconnu)

Rougeole-rubéole-oreillons ␣

■ SITUATION SOCIO-FAMILIALE (au jour du bilan)

▪ L'enfant vit au quotidien avec ☐ ses deux parents ☐ l'un et l'autre parent séparément ☐ ne voit plus qu'un seul de ses parents ☐ en pouponnnière/home/famille d'accueil ☐ autre : ..... ☐ inconnu

▪ En cas de séparation, à quelle fréquence l'enfant voit-il le parent chez lequel il n'est pas domicilié

☐ Tous les jours ☐ Minimum 1 fois par semaine ☐ 1 ou 2 fois par mois ☐ Maximum 4 fois par an ☐ jamais ☐ sans objet ☐ inconnu

▪ Le niveau d'enseignement le plus élevé de la mère

☐ primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé ☐ primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé
☐ secondaire inférieur achevé ☐ secondaire supérieur achevé ☐ supérieur achevé (universitaire ou non) ☐ inconnu

▪ L'enfant est élevé à la maison dans une autre langue que le français ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

▪ L'enfant fréquente-t-il un milieu d'accueil ou un prégardiennat ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

■ Cachet Matricule TMS ou milieu d'accueil
qui rempli le document

■ Cachet du Médecin
(n° inami)

■ Cachet Structure
(ou n° de structure)

IMPBI0002 - 09/14

version 2015

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365)

DIRECTIVES POUR LA TENUE DU VOLET EPIDEMIOLOGIQUE PRENATAL

Toutes les données de ce document sont importantes, il est dès lors indispensable que toutes les rubriques soient correctement remplies à l'aide du mode d'emploi ci-joint.
Noter « inconnu » « ou « 9 » si la notion est impossible à obtenir.

N° de référence = numéro d'inscription sur le cahier de la consultation (repartir à 1 chaque début d'année SVP).

Couverture soin de santé: OUI = toute personne émergeant et en ordre pour l'INAMI ou ayant une assurance santé autre (par exemple de son pays) valable en Belgique. **NON** = toute personne pour lequelle vous devez faire des démarches spéciales pour obtenir une intervention de soin de santé (CPAS, ONE, ...).

Définition parité: la parité désigne le nombre d'accouchements viables (à partir de 22 semaines de grossesse) qu'a eu une femme. Une nullipare est une femme qui n'a pas encore accouché. Une primipare est une femme qui a déjà accouché une fois. Une femme qui accouche de jumeaux ne compte que pour une pare. Cette partie du document étant remplie avant l'accouchement, il n'est pas tenu compte ici de l'accouchement à venir.

ETAT CIVIL : A	ENTOUREE : B	NIVEAU D'INSTRUCTION	SITUATION PROFESSIONNELLE
1. Mariée	**1.** En couple	**1.** Primaire non achevé ou pas de scolarité ou enseignement spécialisé	**1.**Occupe un emploi (y compris temps partiel, travail saisonnier, pause carrière, congé de maternité, écartement prophylactique, congé parental, congé d'allaitement, intérim)
2. Célibataire	**2.** En famille (entourée)	**2.** Primaire achevé ou secondaire inférieur inachevé	**2.** Chômeuse
3. Séparée	**3.** Vit seule	**3.** Secondaire inférieur achevé	**3.** Aide sociale, indemnité mutuelle, revenu d'insertion
4. Veuve	**4.** Maison d'accueil	**4.** Secondaire supérieur achevé	**4.** Mère au foyer sans allocation sociale
5. Divorcée		**5.** Supérieur achevé (universitaire ou non)	**5.** Etudiante
			6. Sans ressource fixe
	8. Autre		**8.** Autre
9. Inconnu	**9.** Inconnu	**9.** Inconnu	**9.** Inconnu

Niveau d'instruction : A l'exception des deux 1ères catégories (primaire achevé ou non), il s'agit du niveau d'enseignement de la mère le plus élevé achevé avec succès.

Attention :
Précocité : La notion de précocité de la première visite prénatale concerne les consultations ONE. ou non ONE.
Suivi ONE: Ne concerne que les consultations ONE .
Accouchement : Ne pas oublier de compléter la partie des données concernant l'accouchement. Cette information peut se trouver dans le dossier médical ou l'avis de naissance ou par contact avec la TMS de liaison.
Dans le cas où la liaison fonctionnelle est difficile, il est indispensable que la partie accouchement soit remplie en consultation postnatale avant envoi au Comité subrégional.
Pathologie pendant la grossesse : écrire le type de pathologie.
Décès maternel : On parle de décès maternel pour tout décès survenant depuis le début de la grossesse jusqu'au 12ème jour du post-partum.
Le ou les enfants nés de cette grossesse : pour ces données, il est chaque fois prévu la place pour deux enfants. Lorsqu'il n'y en a qu'un comme c'est le cas pour 98,5 % des grossesses, ne remplir que l'enfant 1.
NIC= Néonatale intensive care = séjour en unité néonatale de soins intensifs.
Mort nés: On parle de « Mort nés » à partir de 28 semaines à dater des dernières règles ou 180 jours à dater de la conception. Avant cela, on parle de fausse couche.

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

VOLET EPIDEMIOLOGIQUE PRENATAL (VE)

Année d'inscription

CPN 20☐☐

Matricule de la CPN (cachet)

N° de référence ☐☐☐☐

A remplir automatiquement sur ce volet

Future mère		Date de naissance	...../...../19.....
Commune		Commune ou pays de résidence habituelle	Code INS : .....
Assurance santé		Couverture soins de santé en ordre (assurance, mutuelle)	☐ oui ☐ non
Parité **L'accouchement à venir ne doit pas être compté**		**Nombre accouchements antérieurs** (voir définition) Date éventuelle du dernier accouchement..... Antécédent de césarienne	Parité : ..... - - / - - / - - - - ☐ oui ☐ non
Nationalité		A la naissance de la future mère..... Actuelle..... Si non Belge, vit depuis.....année(s) en Belgique ou ☐ depuis moins d'un an.	....
Socio-Economique		A. Etat civil (voir codes) B. Entourée / non (voir codes)	A..... B.....
		Niveau instruction (voir codes) Situation professionnelle (voir codes)	Code : ..... Code : .....
Tabagisme		1. Nbre de cigarettes/jour en début de grossesse	1. Nbre : .....
		2. Nbre de cigarettes/jour pdt le dernier trimestre grossesse	2. Nbre : .....
Précocité		Nombre de sem. de gestation lors de la 1ère CPN (ONE ou non)	1ère CPN : .....sem.
Suivi ONE		Nombre de sem. de gestation lors de la 1ère inscription CPN ONE Nbre de cons.CPN ONE suivies au cours de la grossesse	.....sem Nbre CPN : .....
		Nbre de visites à domicile (VAD) proposées :	VAD réalisées :.....
		Arrêt de suivi prénatal O.N.E. (avant l'accouchement) Si oui ☐ IVG ☐ Fausse-couche ☐ tout autre suivi non ONE	☐ oui ☐ non ☐ Perdue de vue
Pathologies durant la grossesse		☐ oui ☐ non Décrire : .... Décès maternel ☐ oui ☐ non si oui date : ..... / ..... /	
Etudes locales		1..... 2.....	
Accouchement		Date de l'accouchement	..... / ..... / 20.....
		Nombre de semaines de gestation à l'accouchement	Nbre sem. : .....
		Maternité (nom complet svp)	Ville : .....
		Nbre de nouveau-nés	Nbre : .....
		Poids du ou des enfants en grammes	Enfant 1 ..... g. Enfant 2 ..... g.
Devenir de l'enfant	Enf. 1	Mort-né ☐ Décès postnatal ☐ Enfant vivant ☐	Séjour de l'enfant en NIC ☐ Oui ☐ Non
	Enf. 2	Mort-né ☐ Décès postnatal ☐ Enfant vivant ☐	Séjour de l'enfant en NIC ☐ Oui ☐ Non

Cachet médecin ou accoucheuse

Cachet TMS

Toutes les données récoltées à partir de ce document sont traitées de manière anonyme et dans le total respect de la législation relative à la protection de la vie privée. (numéro d'identification à la Commission de Protection de la vie privée: HM32365).

IMPDO0003V - 09/14 - version 2015

BANQUE DE DONNÉES MÉDICO-SOCIALES

Rapport 2015

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

D/2015/74.80/27

Ce 8ème rapport offre un relevé de la collecte de données relatives au suivi de la femme enceinte, aux nouveau-nés durant le séjour en maternité et après le retour de la mère et l'enfant à domicile, aux familles avec enfant(s) âgés de 9, 18 ou 30 mois fréquentant les Consultations de l'ONE ou les Milieux d'accueil.

Coordination : Dr Ingrid MORALES, Direction Médicale

Rédaction :
Dr Marie-Christine MAUROY : Maître de fichier BDMS et Directeur médical de l'ONE
Dr Ingrid MORALES : Direction Médicale
Cedric DE JONGHE : Direction Médicale
Samuel NDAME EBONGUE : Direction Études et Stratégies
Murielle LIEGEOIS : Direction Études et Stratégies
En collaboration avec le Collège des Conseillers Médicaux Pédiatres et Gynécologues Sage-femme de l'ONE.

Remerciements :
Nous remercions Mme Geneviève BAZIER, Directrice du service Etudes et Stratégies et Mme Laetitia FONTAINE pour leur soutien à l'équipe BDMS et à Mme Laura RAEYMACKERS pour sa relecture attentive.
Ce 8ème rapport est la concrétisation d'un travail collectif des agents et services de différents niveaux que sont les travailleurs médico-sociaux de l'ONE, le personnel des milieux d'accueil, les encodeurs, les coordinateurs accompagnement et accueil, les conseillers médicaux gynécologues et pédiatres, les administrations subrégionales, la Direction de la Coordination Accompagnement, la Direction des Consultations et Visites à Domicile, la Direction de la Coordination accueil, la Direction des Techniques de l'Information, la Direction Médicale, le service Achat et logistique, les services de Communications Interne et Externe, etc. Qu'ils soient ici remerciés.

Mise en page : Jean-François BACHELY, Infographie

Pour tout complément d'information
Banque de Données Médico-Sociales - Office de la Naissance et de l'Enfance
95, Chaussée de Charleroi - 1060 Bruxelles • Tél. 02 542 14 14 • E-mail : info@one.be

Ce document est disponible sur le site internet de l'ONE : www.one.be
Pour en mentionner la source :
Rapport 2015 de la Banque de Données Médico-Sociales,
Office de la Naissance et de l'Enfance,
Fédération Wallonie-Bruxelles, 2015

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be

ONE.be

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES